

RECOMENDACIONES PARA SU MANEJO.

La bronquiolitis aguda es una enfermedad infecciosa, epidémica, de etiología habitualmente viral. En 1999 se identificó VRs en 50% de los niños que ingresaron al CHPR con esta enfermedad. Se presenta en menores de 2 años, en las estaciones frías (otoño e invierno). Puede repetirse en la misma epidemia dado que la primera infección no genera inmunidad completa.

Clínicamente se manifiesta como un cuadro respiratorio obstructivo, de vía aérea baja, precedido de una infección respiratoria alta. Sus síntomas más relevantes, polipnea, tiraje e hiperinsuflación pulmonar no son exclusivos de la bronquiolitis y pueden deberse también a asma del lactante o neumonía viral. No existen estudios para confirmar el diagnóstico de la enfermedad. Si se trata del primer o segundo episodio en un lactante sin antecedentes familiares de primera línea, podemos alejar el asma. En cuanto a la neumonía viral, clínicamente no es posible diferenciarlos siendo la Rx de tórax el examen más útil.

Criterios de internación:

- dificultad respiratoria intensa que imposibilite la hidratación por vía oral.
- hipoxemia: saturación de oxígeno < 95% respirando aire ambiente o $pO_2 < 75$ mmHg o cianosis.

Tratamiento:

- desobstrucción de vía aérea alta por aspiración, a demanda alimentación habitual, fraccionada, que asegure una correcta hidratación (si no es posible, hidratación parenteral).
- el oxígeno es el único fármaco imprescindible en el tratamiento de la bronquiolitis que requiere internación. Puede ser administrado por cánula nasal (apropiada a la edad del paciente) o máscara, no requiere humidificación.

Si luego de ser aspirado correctamente, hidratado y oxigenado el niño no muestra ningún signo de mejoría, se realizará prueba terapéutica con broncodilatadores β_2 agonistas por vía inhalatoria (nebulización o inhalador presurizado con inhalocámara). Esta prueba puede repetirse a los 20 minutos en caso de no obtener respuesta. Si al cabo de 2 dosis no existe mejoría de la frecuencia respiratoria, del tiraje o de la oxigenación no se continúa con esta medicación. Los broncodilatadores han demostrado no ser efectivos en ese paciente. Si existe mejoría de estos parámetros, se considera efectivo el tratamiento y se continúa con Beta2 cada 4 a 6 horas.

Los corticoides por cualquier vía de administración están contraindicados dado que no han demostrado eficacia en esta patología.

Los antibióticos tampoco son útiles en el tratamiento de la infección viral.

Prevención:

Evitar el contacto del lactante con enfermos de infecciones respiratorias por leves que éstas sean lavado de manos estricto antes de tocar un lactante no existe vacuna efectiva la gammaglobulina hiperinmune para VRS requiere la administración de un gran volumen I/V.

Los anticuerpos monoclonales para VRS (Palivizumav) están indicados en lactantes con enfermedad pulmonar crónica por prematuridad (broncodisplasia), o en pretérminos con edad gestacional menor de 35 semanas. No están aprobados para el uso en niños con cardiopatías congénitas cianóticas Son de administración intramuscular. Para ser efectivos deben ser administrados pre y durante la epidemia de VRS, 1 dosis al mes.

Clínicas Pediátricas A, B y C. Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

REFERENCIAS

Academia Americana de Pediatría. Alerta a Miembros de la AAP. Uso de VRSIGIV y palivizumab (un producto de anticuerpo monoclonal humanizado) Ped Comm. 6 de octubre de 1998.

Dawson K.; Kennedy D.; Asher, I. et al. Consensus view: The management of acute bronchiolitis. J.Paediatr. Child Health. 1993; 29:335-337.

Orenstein D.M. Bronchiolitis. En: Nelson. Text Book of Pediatrics. Behrman R.E.; Kliegman R.M.; Jenson H.B. 16th Edition. W.B.Saunders Company. Philadelphia. 2000, Pag. 1285-86.

Respiratory Syncytial Virus. Red Book 1997. Pag.443-447.